

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

CHILDREN'S CARDIOLOGY OF THE BAY | 2051 PIONEER COURT, SAN MATEO, CA 94403 | 650-558-8280

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DE PERSONA LLENANDO FORMA: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Razón de la consulta? _____

Cuando comenzó la problema? _____

HISTORIA DE NACIMIENTO

Nombre del Hospital donde nació el niño(a): _____

Peso al nacer del niño(a) _____ libras _____ onzas

Fue el paciente nacido prematuro? Si No

¿Hubo alguna complicación con el embarazo? Si No

¿Hubo alguna complicación con el parto? Si No

¿Nació el paciente por cesárea? Si No

En caso contestas *Sí* a algunas preguntas, por favor explique: _____

REVISION DE SISTEMAS

¿EL PACIENTE HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

Soplo cardíaco..... Si No

Desmayo / pérdida de conciencia..... Si No

Dolor de pecho..... Si No

Palpitaciones / latidos rápidos del corazón..... Si No

Presión alta..... Si No

Falta de aliento..... Si No

Pérdida de peso / No prosperar..... Si No

Fatiga..... Si No

Neumonía..... Si No

Asma..... Si No

Problemas oculares..... Si No

Problemas de orejas / nariz / garganta..... Si No

Problemas de alimentación o dolor de estómago..... Si No

Problemas musculares..... Si No

Problemas de la piel / erupciones..... Si No

Convulsiones / problemas cerebrales..... Si No

Problemas hormonales / Diabetes..... Si No

Problemas de sangre / anemia..... Si No

Cáncer..... Si No

ADHD / ADD / dificultad de aprendizaje..... Si No

ALERGIAS..... Si No

¿Toma su hijo algún medicamento?..... Si No

ALERGIAS A MEDICAMENTOS..... Si No

HISTORIA FAMILIAR

Edad de la Madre: _____ Estado de salud: _____

Edad del Padre: _____ Estado de salud: _____

¿Edad de los hermanos y estado de salud? _____

¿Alguna historia de cardiopatía congénita en la familia? _____

CRECIMIENTO Y DESAROLLO

Hitos normales?..... Si No

Retraso en el desarrollo?..... Si No

Retrasos del habla?..... Si No

HISTORIA MEDICA PASADA

¿Cualquier ingreso hospitalario?..... Si No

¿Algún procedimiento quirúrgico?..... Si No

¿Inmunizaciones al día?..... Si No

En caso contestas Si a algunas preguntas, por favor explique: _____

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA TENIDO LO SIGUENTE?

Muerte cardíaca antes de los 50 años..... Si No

Colesterol alto..... Si No

Alta presión..... Si No

Ritmo cardíaco anormal / EKG Anormalidad..... Si No

Miocardopatía..... Si No

Diabetes..... Si No